

ARTYKUŁY POGLĄDOWE (REVIEW PAPERS)

ADHD – atmosfera terapeutyczna

(ADHD – therapeutic atmosphere)

A Kruk^{1,A,D}, I Brukwicka^{1,B}, Z Kopański^{2,3,F}, R Kollár^{4,E}, M Kollárová^{4,C}, W Uracz^{2,B}, E Bojanowska^{2,B}

1. Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu
2. Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu
3. Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński
4. Uniwersytet Nauk o Zdrowiu i Pracy Socjalnej św. Elżbiety w Bratysławie (Słowacja)

Abstract— The authors have presented the selected aspects of ADHD. The attention has been paid to the implementation of pharmacology. The therapies enhancing the development of children's personalities have been characterised. What is more, the significance of treatment for the dominant ADHD-related disorders has been presented. The article brings up the issues of dietary supplementation consisting in applying medications to compensate for the shortage of polyunsaturated fatty acids, mainly omega-3 and omega-6, as well as the supplementation of magnesium and zinc. A lot of attention has been paid to the education of the family and the child with ADHD as well as to the correct approach to the child at school.

Key words — ADHD, pharmacotherapy, auxiliary therapies, dietary supplementation, educating families, role of school.

Streszczenie— Autorzy przedstawili wybrane aspekty terapii zespołu ADHD. Zwrócili uwagę na zasady stosowania farmakoterapii, scharakteryzowali terapie wspomagające rozwój osobowości dziecka, podkreślili znaczenie leczenia w odniesieniu do dominującego typu zaburzeń w obrazie ADHD, wspomnieli o dietach suplementacyjnych, polegających na podawaniu preparatów uzupełniających niedobory wielonasyconych kwasów tłuszczowych, głównie omega-3 i omega-6, a także suplementacji magnezu i cynku, dużo uwagi poświęcili edukacji rodziny dziecka z zespołem ADHD, oraz właściwego postępowania w szkole w stosunku do dziecka z tym zespołem.

Słowa kluczowe — ADHD, farmakoterapia, terapie wspomagające, diety suplementacyjne, edukacja rodziny, rola szkoły.

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy— A-Koncepcja i projekt badania, B-Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C-Analiza i interpretacja danych, D-Napisanie artykułu, E-Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F-Ostateczne zatwierdzenie artykułu

Adres do korespondencji — Prof. dr Zbigniew Kopański, Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu, Żyrardów, ul. G. Narutowicza 35, PL-96-300 Żyrardów, e-mail: zkopanski@o2.pl

Zaakceptowano do druku: 15.01.2016.

LECZENIE

Współcześnie podkreśla się konieczność wielokierunkowych działań terapeutycznych u chorych na ADHD, są to [1,2,3]:

1. Farmakoterapia.
2. Psychoterapia:
 - o terapia rodzin-jeśli rodzina jako całość ma znaczne trudności w funkcjonowaniu,
 - o terapia indywidualna lub grupowa dziecka, przeciwdziałająca budowaniu niskiej samooceny i pomagająca regulować kontakty z rówieśnikami.
3. Oddziaływanie psychospołeczne:
 - o wyjaśnianie wszystkim członkom rodziny istoty ADHD, jego przebiegu i rokowania; udzielanie porad w zakresie stosowania metod wychowawczych,
 - o wyjaśnianie dziecku istoty zaburzenia, omawianie z nim występujących kłopotów, namawianie do obserwacji swojego zachowania,
 - o wyjaśnianie nauczycielom istoty zaburzenia, współpraca ze szkołą i poradnią psychologiczno-pedagogiczną.

Dostępna farmakoterapia nie leczy ADHD, ale pozwala na kontrolowanie objawów dopóty, dopóki przyjmowane są leki. Nie każde dziecko nadpobudliwe musi otrzymywać leki. Leczenie farmakologiczne głównie jest przydatne wtedy gdy inne możliwości pomocy dziecku, takie jak poradnictwo, współpraca ze szkołą, specjalne systemy nauczania nie przynoszą efektów. Dzieci często źle tolerują farmakoterapię ze względu na występowanie objawów ubocznych takich jak brak apetytu, bezsenność, nerwowość, niepokój, zwiększona emocjonalność, nasilenie tików nerwowych czy bóle głowy.[3]

W 1937 roku zastosowano po raz pierwszy w leczeniu ADHD stymulanty, które tak naprawdę są „przyspieszaczami”. Najbardziej znany jest ritalin. Inny popularny lek stosowany w terapii to medikinet. Składnikiem obu jest methylphenidat, substancja zbliżona do kokainy. Methylphenidat może zwiększyć natężenie koncentracji u dzieci i stłumić niepokój, ale działa tylko u około 70 % zdiagnozowanych dzieci i jedynie przez 3–4 godziny. Ritalin i inne leki mają odbudować uszkodzoną równowagę metabolizmu mózgu. To założenie jednak jest mało wiarygodne, ponieważ ritalin działa też na dzieci bez ADHD.[2,4,5]

Współcześnie dla znoszenia objawów ADHD stosowane jest ponad 40 farmaceutyków, jednak pierwszoplanową rolę nadal odgrywają [2]:

- methylfenidat (leki: ritalin, metadate, concerta),
- leki amfetaminopochodne: adderal, dexedrine, dextrostat.

Sumaryczne ujęcie stosowanych w zależności od wieku dziecka stymulantów przedstawiono w tabeli 1.

Leki stosowane w leczeniu ADHD zwiększają zazwyczaj ilość noradrenaliny lub/i dopaminy w tkance mózgowej (w mózgu dziecka nadpobudliwego poziom tych neuromediatorów jest obniżony). [2,7]

Wolańczyk i wsp. [8] podsumowując swoje rozważania na temat farmakoterapii ADHD, formułują następujące wnioski:

1. Leki nie mogą wyleczyć nadpobudliwości, mogą pomóc ją przeżyć.
2. Mogą zmniejszać jedynie te objawy, na które działają – nie stanowią środka „na grzeczność”.

3. Pozwalają dziecku na łatwiejsze uczenie się nowych wiadomości szkolnych, i tego, jak należy się zachowywać w różnych sytuacjach.
4. Leczenie farmakologiczne nie zastąpi wychowania i nauczania, nie może być jedyną formą podjętej terapii, może stanowić część planu terapeutycznego, ale nie musi w ogóle wystąpić.

Tabela 1. Farmaceutyki stosowane w leczeniu ADHD [2,6]

Nazwa handlowa leku	Nazwa pospolita (chemiczna)	Zalecany wiek dziecka do podjęcia leczenia
Adderall	amfetamina	3 r.ż. i starsi
Concerta	methylphenidat (o długim działaniu)	6 i >
Cylert*	pamolina	6 i >
Dexedrine	dextroamfetamina	3 i >
Dextrostat	dextroamfetamina	3 i >
Focalin	dexmethylfenidat	6 i >
Metadate ER	methylfenidat (extended release)	6 i >
Metadate CD	methylfenidat (extended release)	6 i >
Ritalin	methylphenidat	6 i >
Ritalin SR	methylphenidat (extended release)	6 i >
Ritalin LA	methylphenidat (o długim działaniu)	6 i >

NAJCZĘŚCIEJ STOSOWANE TERAPIE W ADHD

Terapia zespołu nadpobudliwości psychoruchowej powinna uwzględniać rodzaj i nasilenie poszczególnych objawów ADHD oraz sytuację szkolną i środowiskową dziecka. Duże znaczenie ma też ustawiczne wzbogacanie wiedzy na temat podgrup występujących w zespole nadpobudliwości psychoruchowej, co pozwoli na precyzyjniejszy dobór metod leczenia.[2,9,10]

Wybór odpowiedniej metody lub techniki terapeutycznej dla dziecka nadpobudliwego psychoruchowo nie jest łatwy, gdyż należy wziąć pod uwagę

sferę, w jakiej nadpobudliwość występuje. Terapię dobiera się do specyficznych potrzeb dziecka, jego osobowości i indywidualnych sytuacji.[2] Najczęściej stosowane terapie dla dzieci nadpobudliwych psychoruchowo to [8,9,10]:

1. Terapie wspomagające rozwój osobowości dziecka, porządkujące jego stosunek do siebie i innych. Zalicza się do nich:
 - terapię zw. "holding" polegającą na trzymaniu dziecka w ścisłym kontakcie cielesnym po to, aby umożliwić mu otwarte wyrażenie agresji,
 - terapię rodzinną poprawiającą komunikację w rodzinie i system jej funkcjonowania,
 - terapię zachowania uczącą kontroli nad sobą i wytrwałości.
2. Terapie kierujące aktywnością ruchową dziecka i poprawiające jego zdolność skupienia uwagi i koncentracji, a więc m. in.:
 - Muzykoterapię,
 - Relaksację,
 - Arteterapię,
 - terapię przez ruch (metoda V. Sherborne, Kinezylogia Edukacyjna P. Dennisona),
 - terapię integracji sensorycznej.
3. Terapie lekowe:
 - farmakologię,
 - terapię homeopatyczną.

Terapia zespołu nadpobudliwości psychoruchowej powinna uwzględniać rodzaj i nasilenie poszczególnych objawów ADHD oraz sytuację szkolną i środowiskową dziecka.[9-12] Metodami wspomagającymi prawidłowy rozwój dzieci z tym zespołem są [2]:

- indywidualna psychoterapia,
- różne formy modyfikacji zachowania,
- oddziaływania korekcyjne na postawy rodziców,
- odpowiednie działania pedagogiczno-wychowawcze
- szeroko stosowane leczenie farmakologiczne.

Współcześnie uwzględnia różne formy udzielanej pomocy, uzależniając je od dominującego typu zaburzeń w obrazie ADHD (tabela 2) [2,8]

Tabela 2. Formy terapii ADHD [2,8]

Dominujący typ zaburzeń	Formy pomocy
Nadruchliwość	Poradnictwo dla nauczycieli i rodziców. Behawioralna modyfikacja zachowań (praca z dzieckiem nad pewnymi zachowaniami). Zmiana czynników środowiskowych. Farmakoterapia.
Zaburzenia uwagi	Farmakoterapia. Ćwiczenia koncentracji uwagi. Ćwiczenia funkcji poznawczych(pamięci, kontroli).
Impulsywność i agresja	Behawioralna modyfikacja zachowań. Terapia rodziny, Poradnictwo indywidualne i terapia indywidualna. Farmakoterapia.
Niepowodzenia szkolne	Reedukacja (terapia pedagogiczna). Nauczanie wyrównawcze. Poradnictwo indywidualne.

Wśród metod wspierających terapię dzieci z nadpobudliwością psychoruchową wymienia się wszelkie zorganizowane działania, które można podejmować w ramach pomocy udzielanej dziecku cierpiącemu na ADHD. Znaczące miejsce wśród nich zajmują [2]:

- akupunktura
- bofeedback – metoda polegająca na pokazaniu choremu, kiedy i jak reaguje ich organizm oraz jak mogą w takich sytuacjach nim pokierować; zawiera stosowanie technik autorelaksacji w celu uspokojenia, wyciszenia organizmu,
- homeopatia – metoda leczenia za pomocą substancji, które podane choremu w bardzo małej dawce uruchamiają siły obronne organizmu i regulują pracę całego ciała i umysłu,
- dieta – brak do chwili obecnej jednoznacznych, naukowych dowodów na to, że odpowiednia dieta może usunąć objawy ADHD.

Coraz większym zainteresowaniem wśród rodziców dzieci z ADHD cieszą się diety suplementacyjne, polegające na podawaniu preparatów uzupeł-

niających niedobory wielonasyconych kwasów tłuszczowych, głównie omega-3 i omega-6, a także suplementacji magnezu i cynku. Wyniki badań prowadzonych przez badaczy z Uniwersytetu w Oksfordzie nad skutecznością preparatu Eye q, produkowanego przez firmę Equazen, dowodzą zmniejszenia się nasilenia objawów ADHD na skutek prowadzonej suplementacji. Uzyskana poprawa funkcjonowania dzieci objętych badaniem jest porównywalna do stanu osiąganego w leczeniu farmaceutykami stymulującymi centralny układ nerwowy.[13,14,15]

EDUKACJA RODZINY

Nawet najlepiej przygotowani do swojej roli rodzice mogą upaść na duchu, mając codziennie do czynienia ze stresem wywołanym przez dziecko z ADHD. Dziecko nadpobudliwe psychoruchowo powinno mieć zapewnioną w domu atmosferę spokoju i akceptacji. Należy być konsekwentnym w ustalaniu reguł, obowiązków i karceniu. Osoba dorosła powinna umieć kontrolować swoje emocje w kontakcie z dzieckiem nadpobudliwym. Nie wolno reagować wybuchowo i gwałtownie. Dziecku należy stwarzać poczucie bezpieczeństwa, dać mu do zrozumienia, że jest kochane, ale równocześnie być wobec niego konsekwentnym i wymagającym.[1,2,3]

Wymagania wobec dziecka powinny być jasne i klarowne, aby znało swoje obowiązki i wiedziało jak powinno się zachować w danej sytuacji. Obowiązki domowe powinny być dostosowane do jego możliwości. Przejawy chaosu eliminuje się, a dobre wykonanie zadania chwali się, docenia się trud włożony w pracę, nawet gdy efektem jest dzieło mało dokładne. Dzienny rozkład zajęć dziecka powinien być uporządkowany. Jasno i wyraźnie powinien określać godzinę wstawania, posiłków, oglądania telewizji, uczenia się itp. Należy ograniczyć czas oglądania telewizji, a przede wszystkim wyeliminować programy o treści agresywnej z dużym ładunkiem emocji i szybką akcją.[9,10,11]

Dziecku powinno mieć osobny pokój lub część pokoju, jako jego własny teren i miejsce do nauki, przed którym znajduje się czysta ściana bez dodatkowych elementów czy dekoracji. Podczas odrabiania przez dziecko lekcji należy wyeliminować wszystkie dodatkowe bodźce, które mogą go roz-

prosić, np. wyłącza się radio, chowa zbędne przedmioty z biurka.

Rodzice powinni odnosić się do dziecka z wyrozumiałością i cierpliwością, ponieważ jego zachowanie nie wynika ze złości, ale z nieumiejętności kontrolowania swego zachowania. Osoby opiekujące się dzieckiem nadpobudliwym powinny nauczyć się odczytywać jego sygnały ostrzegawcze poprzedzające wybuch - aby uniknąć wybuchu należy spokojnie interweniować przez odwrócenie uwagi lub spokojne omówienie konfliktu. W sytuacji konfliktowej nie należy zostawiać dziecka zbyt długo w napięciu emocjonalnym, np. odsyłać go do swojego pokoju, odraczać karę do przyścia rodzica. Rozwiązanie konfliktu powinno nastąpić zaraz po jego zaistnieniu.[16]

Rodzice powinni codziennie poświęcać trochę czasu na rozmowę i wspólną zabawę z dzieckiem. Proponowane zabawy w chwilach wolnych to: lepienie, wycinanie, malowanie, układanie klocków. Liczbę dzieci biorących udział w zabawie należy ograniczyć do jednego lub dwóch ze względu na duże rozproszenie i pobudliwość.

Dom jest najlepszym miejscem do zabawy, ponieważ można w nim najlepiej obserwować dziecko i interweniować w każdej chwili.

Być rodzicem dziecka niepełnosprawnego czy dziecka z ADHD, to bardzo trudne zadanie. To ciągła praca nad samym sobą, ciągła walka o dziecko, która czasem nie przynosi oczekiwanych efektów. Rodziny mające dziecko z ADHD mają "świat wywrócony do góry nogami". Często rodziny muszą nauczyć się akceptować inność, odrębność małego członka rodziny.[2,16]

POSTĘPOWANIE W SZKOLE

Objawy nadpobudliwości ujawniają się zwykle w pierwszych tygodniach nauki, gdy dziecko oswoi się już z nową sytuacją. Nie może usiedzieć w miejscu, wierci się lub chodzi po klasie. Nie kończy nawet najprostszych zdań. Kiedy jest o coś pytane zgaduje lub mówi nie wiem. Zaczepia inne dzieci, przeszkadza im w nauce. Kiedy nauczyciel nie zwraca na nie uwagi zaczyna błaznować. Skarcone wybuch płaczem lub dostaje ataku wściekłości. Po 10 minutach robi dokładnie to samo za co zostało ukarane. Trzeba mu wszystko powtarzać. Nie odrabia zadań domowych, zapomina zeszytów. Dzieci nie chcą się z nim bawić.[8]

W pracy z dzieckiem nadpobudliwym psychoruchowo należy zachować spokój i rozsądek. Nie można pozwolić, aby niepokój i nadruchliwość dziecka udzielały się dorosłym. Dziecko powinno siedzieć blisko nauczyciela, w pierwszej ławce z dala od okna.

Nadmiernej aktywności dziecka nie należy hamować, ale ją pozytywnie ukierunkowywać, poprzez poproszenie go, np. o starcie tablicy, przyniesienie pomocy naukowych, zamknięcie sali lub wykonanie innej pożytecznej czynności, która umożliwi częściowe rozładowanie jego napięcia.

Nowe lub trudne zadania najpierw należy zademonstrować wykonując czynności z krótkimi, jasnymi, łagodnymi komentarzami do czasu, aż dziecko się nauczy. Oddziaływać na dziecko należy powoli, bez pośpiechu, głosem nieco stłumionym jakby w zwolnionym tempie, nie krzykiem. Czas trwania zadania należy dostosować do możliwości skupienia się dziecka (5 minut dla dziecka nadpobudliwego psychoruchowo to bardzo długi czas). Lepiej niech dziecko wykonuje częściej krótkie czynności od początku do końca, niż w ciągu dłuższego czasu zacznie wiele a nie skończy żadnej.[1,2,8]

Należy zwracać uwagę na staranne wykonywanie prac oraz ich ukończenie a także utrzymywanie zainteresowania na zadaniu poprzez częste jego zmiany. Należy wracać do pracy rozpoczętej i niedokończonych. Dziecku powinno się stopniowo wydłużać czas zadania i nasilać stopień trudności.

W zabawach, w których dziecko bierze udział powinny być jasno określone zasady oraz czas ukończenia. Nie można pozwolić na chaotyczny, niekontrolowany i bezładny ruch.

Po zajęciach z wychowania fizycznego czy innych zajęciach ruchowych wymagających dużej aktywności należy zastosować ćwiczenia wyciszające, np. relaksację, arteterapię.[8]

Przy wykonywaniu danej czynności, np. pisaniu, rysowaniu należy usunąć ze stolika wszystkie zbędne przedmioty, a zostawić tylko to, co jest konieczne. Dziecko nadpobudliwe nie potrafi samo odgradzić się od nadmiaru bodźców - wszystko je rozprasza. W czasie odpytывania dziecko powinno mieć więcej czasu na sformułowanie odpowiedzi. Pierwsza odpowiedź nie powinna być oceniana, gdyż na ogół jest pochopna i błędna.[2,17]

Dziecku należy powierzać jakąś odpowiedzialność, jednak zadanie nie powinno przekraczać jego możliwości. Dziecko należy nagradzać ilekroć uda

mu się skończyć rozpoczętą czynność. Należy zauważać i uznawać wysiłek dziecka, nawet gdy efekt końcowy nie jest szczytem doskonałości.

Dorosły powinien umieć rozpoznawać wszelkie pozytywne zachowania dziecka i na nie reagować. Dorosły powinien umieć oddzielać zachowanie, które mu się nie podoba od osoby dziecka. Można lubić dziecko, ale nie akceptować konkretnego zachowania.

Jeżeli dziecko kłóci się z innymi lub jest agresywne - należy się wtrącić. W przeciwnym razie, gdy agresja lub złość odniesie skutek dziecko będzie miało tendencje do powtarzania tego zachowania. Agresji nie wolno karać agresją.[2]

Praca z dzieckiem nadpobudliwym wymaga dużej cierpliwości, gdyż mimo pozornego pośpiechu wykonuje ono czynności znacznie wolniej ze względu na to, że jego ruchy są mało ekonomiczne i z reguły słabo skoordynowane.[11]

Nauka szkolna wymaga od dziecka wielu bardzo trudnych rzeczy, takich jak [8,12]:

- pozostawanie w jednym miejscu przez 45 minut,
- słuchanie przez kilkanaście minut nauczyciela,
- zajmowanie się dłuższy czas jednym, często nudnym tematem,
- zapamiętywanie na polecenie wielu informacji jednocześnie,
- bycie grzecznym, a więc panowanie nad swoim zachowaniem.

Biorąc pod uwagę powyższą charakterystykę dzieci nadpobudliwych ruchowo wskazane są wszelkie metody angażujące motorykę. Dają bowiem one szansę zaspokojenia tym dzieciom potrzeby ruchu w sposób kontrolowany i społecznie akceptowany. Dzieci uczą się kontrolowania swego ruchu i panowania nad nim.[1,2,9,10]

PIŚMIENNICTWO

1. Barkley RA. Handbook of attention deficit disorder New York; Guilford, 1998.
2. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. Washington ; American Psychiatric Press Inc., 2015
3. Elia J, Ambrosini PJ, Rapoport JL. Treatment of attention deficit hyperactivity disorder. New Engl J Med 1999; 340: 780-788.

4. Horn WF, Ialongo N, Pascoe JM. Addictive effects of psychostimulants, parent training and self-control therapy with ADHD children: a 9 months follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 32: 182-189.
5. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of Methylphenidate (Ritalin, Equasym) for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. www.nice.org.uk
6. National Institute of Mental Health. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. 2015.
<http://www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/index.shtml>
7. Goldman-Rakic PS. Dopamine mediated mechanism of prefrontal cortex. *Semin Neurosci* 1992; 4: 149-159.
8. Wolańczyk T, Kołakowski A, Skotnicka M. Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci. Lublin; Wydawnictwo Bifolium, 1999.
9. Bilikiewicz A. (red.) Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa; PZWL, 2006.
10. Heitzman J. (red.) Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycznych. Warszawa; PZWL, 2007.
11. Baranowska W. ADHD-prawie normalne życie. Łódź; Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, 2008.
12. Lepori LR, Kaczorowski S. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD). Warszawa; Wydawnictwo PZWL, 2010.
13. Johnson M, Ostlund S, Fransson G, Kadesjö B, Gillberg C. Omega-3/omega-6 kwasy tłuszczowe dla nadpobudliwości psychoruchowej: randomizowane badanie kontrolowane placebo u dzieci i młodzieży. *J Atten Psychiatry* 2009; 12: 394-401.
14. Sorgi PJ, Hallowell EM, Hutchins HL, Sears B. Wpływ na zasadzie otwartej badania pilotażowego z wysokiej dawki EPA / DHA koncentruje się fosfolipidów w osoczu i zachowania u dzieci z nadpobudliwości psychoruchowej. *Nutr J* 2007; 6: 16-22.
15. DiGirolamo AM, Ramirez-Zea M. Rola cynku w matki i dziecka zdrowia psychicznego. *Am J Clin Nutr* 2009; 89: 940-945.
16. Amen D., G.: Z ADHD można wygrać. Wydawnictwo Medium, Łódź 2010.
17. Portman R. ADHD nadpobudliwość psychoruchowa. Istota zagadnienia. Kielce; Wydawnictwo Jedność, 2006.